

Dorota Mazurczuk

Socionomprogram med inriktning mot äldre, Institution för socialt arbete

Socialt arbete uppsats SÄ 82 VT 2009

Handledare: Bengt Börjeson

Examinator: Magnus Jegermalm

”Hade jag inte haft hemtjänst då hade jag inte klarat det.”

En studie om äldres anhörigvårdares upplevelser av kommunalt stöd.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
1. Inledning.....	5
1.1 Syfte och frågeställningar.....	6
1.2 Begrepp.....	6
2. Livskvalitet.....	7
3. Upptäckten av anhörigvårdare.....	7
3.1 Anhörigvårdares hjälpinsatser.....	8
3.2 Anhörigvårdares situation.....	9
4. Stöd till anhörigvårdare.....	11
4.1 Anhörig 300.....	11
4.2 Lagstiftning.....	12
4.3 Former av anhörigstöd.....	13
4.3.1 Avlösning.....	13
4.3.2 Utbildning/anhöriggrupp/anhörigcirkel/stödgrupp.....	14
4.3.3 Anhörigcentraler och träffpunkter.....	14
4.3.4 Må bra – aktiviteter.....	14
4.3.5 Enskilda samtal.....	15
4.3.6 Anhörigkonsulent.....	15
5. Anhörigstöd i Täby kommun.....	15
5.1 Intervju med anhörigkonsulent i Täby kommun.....	15
6. Teoretisk referensram.....	17
6.1 Känsla av sammanhang (KASAM).....	17
7. Metod.....	18
7.1 Metodval.....	18
7.2 Urval.....	19
7.3 Genomförande av intervjuerna.....	19
7.4 Databearbetning.....	20
7.5 Etiska överväganden.....	20
7.6 Litteratursökning.....	21
8. Resultat.....	21
8.1 Presentation av anhörigvårdarna.....	21

8.2 Anhörigvårdarnas situation.....	22
8.3 Information och första kontakt med Täby kommun.....	24
8.4 Anhörigvårdarnas upplevelser av kommunalt stöd.....	26
8.5 Livskvalitet.....	30
9. Analys.....	32
9.1 Begriplighet.....	32
9.2 Hanterbarhet.....	33
9.3 Meningsfullhet.....	34
10. Diskussion.....	35
Referenser.....	38
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Sammanfattning

Syftet med studien var att belysa äldre anhängvårdares upplevelser av kommunala stödinsatser samt deras uppfattning om vilken inverkan de stödinsatserna hade på deras livskvalitet. I studien genomfördes sju kvalitativa intervjuer med kvinnliga anhängvårdare som vårdar sin sjuka man hemma. Antonovskys teori om känsla av sammanhang (KASAM) låg till grund för analysen. Resultatet visar att de anhängvårdare som har hög känsla av sammanhang upplever att stödinsatserna höjer deras livskvalitet. De som har låg känsla av sammanhang känner inte att stödinsatserna har förbättrat deras livskvalitet. En bättre information om tillgängliga stödinsatser skulle troligen höja anhängvårdarnas känsla av sammanhang och därmed öka deras livskvalitet.

1. Inledning

Mitt intresse att forska kring stödinsatser till äldre anhörigvårdare som vårdar en äldre närstående hemma väcktes till stor del under mitt arbete som vårdbiträde inom hemtjänsten samt som vikarierande biståndshandläggare. Under denna tid kom jag i kontakt med många äldre anhörigvårdare och jag fick många gånger bevittna deras svåra livsvillkor. Jag träffade många äldre anhörigvårdare som svarade för hjälpinsatser som var nära gränsen till vad de förmådde. Dessa anhörigvårdare gjorde ovärderliga insatser för att stödja och hjälpa sin nära och kära person. Hjälpinsatserna var mångfacetterade och handlade om allt från inköp, matlagning, städning, tvätt till ständig tillsyn och regelbunden omsorg och personlig omvårdnad.

Anhörigforskning visar att under 1990-talet ökade anhörigas åtagande i äldreomsorgen och att de svarar för den största delen av äldreomsorgen (Hansson, Jegermalm & Whitaker, 2002, s.34-35; Jegermalm, 2002, s.16; Sjöberg, 2001, s.6). År 2000 svarade anhöriga för ungefär 70 procent av den totala hjälpvolymen bland personer 75 år och äldre som bodde i ordinärt boende. Detta resultat visar att de offentliga insatserna utgör ett komplement till de anhörigas insatser. Huvuddelen av insatserna utförs av åldriga makar eller makor. Flera studier visar att i regel kvinnor utför mer hjälpinsatser än män men anhöriginsatser inom det egna hushållet utförs av nästan lika många män som kvinnor (Dahlberg, 2005, s.11; Hansson et al., 2002, s.9; Jegermalm & Whitaker, 2000, s.14; Jeppsson Grassman, 2001, s.32; Socialstyrelsen, 2002 a, s.10).

De äldre anhörigvårdare som utför hjälpinsatser i det egna hushållet är en mer sårbar grupp jämfört med andra yngre anhörigvårdare eller de som gör hjälpinsatser utanför eget hushåll. De har högst medelålder av alla anhöriggrupper. De är i åldern 75-84 år vilket innebär att det är de allra äldsta som utför hjälpinsatserna (Jeppsson Grassman, 2001, s.23, 33-34, 2003, s.47).

Det är välkänt att vårdarbete för en gammal make eller maka blir tyngre med tiden samtidigt som anhörigvårdaren blir äldre. Anhörigvårdare som bor tillsammans med den sjuke får själva sämre hälsa och de rapporterar oftare och fler psykiska symtom än andra anhöriggrupper (Jeppsson Grassman, 2003, s.48; Sjöberg, 2001, s.44). Det är svårt att orka med ett tungt och krävande vårdarbete när man själv skulle behöva hjälp på grund av eget ohälsa eller ålderssvaghet.

Under perioden 1999-2001 avsatte regeringen 300 miljoner kronor till att stimulera kommunerna till att utveckla stödet till anhöriga som vårdar äldre, funktionshindrade och

långvarigt sjuka (Socialstyrelsen, 2002 a, s.3). Detta stimuleringsbidrag kallas Anhörig 300. Efter 2001 har kommunerna fått fortsatt statsbidrag vad gäller stödet till dessa anhöriga.

Jag har hittat ganska mycket litteratur som handlar om anhörigvårdare, som vårdar en äldre närstående hemma, upplevelser av hur det är att vara anhörigvårdare. Jag har inte hittat någon forskning om hur dessa anhörigvårdare upplever de kommunala stödinsatserna som ges. Är de tillräckliga? Hur påverkar de insatserna anhörigvårdarens livskvalitet? Finns det andra stödinsatser som efterfrågas av dessa anhörigvårdare?

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att belysa äldre anhörigvårdare, som vårdar sin partner hemma, upplevelser av kommunala stödinsatser samt deras uppfattning om vilken inverkan de kommunala stödinsatserna har på deras livskvalitet.

För att uppnå syftet har jag valt att utgå från följande frågeställningar:

- Vilka kommunala stödinsatser får äldre anhörigvårdare som vårdar sin partner hemma?
- Hur upplever anhörigvårdare de kommunala stödinsatser som ges?
- Hur ser anhörigvårdare på sambandet mellan de kommunala stödinsatser och deras livskvalitet?

1.2 Begrepp

Enligt (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.13) menas med *anhörig* ofta en person som bistår en annan inom familjen eller släktkretsen där relationen är baserad på blodsband och/eller juridiska band. Närstående innefattar även andra än familj och släktkrets, exempelvis vänner och grannar. Begreppen anhörig och närstående används ibland synonymt. Fortsättningsvis i uppsatsen kommer jag att använda begreppen anhörig och närstående synonymt i dess vidare betydelse.

Anhörigstöd innebär olika insatser från kommun som syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta för anhörigvårdare (a.a.).

Informella hjälpinsatser avser oavlönat arbete inom familjen och det egna hushållet (Jeppsson Grassman, 2001, s.7).

2. Livskvalitet

Vad livskvalitet innebär är en subjektiv uppfattning och upplevs olika av varje enskild individ. Enligt Brülde (2003, s.9) blir livskvalitets innebörd svar på frågor ”Vad är det som ytterst gör livet värt att leva?” och ”Vad är det som gör ett liv bra för den som lever det?” WHO definierar livskvalitet på liknande sätt, att det är en subjektiv bedömning som är förankrad i kulturella, sociala och miljömässiga förhållanden (Jahren Kristoffersen, 2005, s.48). Siri Naess syn på livskvalitet bygger på den enskilda människans inre upplevelser och betecknas som psykiskt välbefinnande (a.a.). Livskvalitet, som psykiskt välbefinnande, omfattar människans subjektiva upplevelser av olika sidor av livssituationen. God livskvalitet utgår från goda känslor och positiva bedömningar såsom glädje, engagemang, kärlek, tillfredsställelse med sitt liv, självrespekt och upplevelse av mening med tillvaron (a.a., s.48-49). God livskvalitet innebär vidare frånvaro av negativa känslor och bedömningar som nedstämdhet, ångest, ensamhet, missnöje med sitt liv, skamkänsla och upplevelse av outnyttjade förmågor (a.a.).

3. Upptäckten av anhängvårdare

Anhöriga har alltid varit de främsta vårdgivare till äldre, sjuka och funktionshindrade. Trots att deras oavlönade hjälpinsatser har varit alltid betydande för deras hjälpbehövande närstående har de helt förbigåtts med tystnad. Det är först under 1990-talet och det begynnande 2000-talet som anhöriga och deras hjälpinsatser har synliggjorts i politik och i välfärdsforskningen (Jeppsson Grassman, 2001, s.7, 2003, s.13, 23). Enligt många forskare finns det flera bakomliggande orsaker till den ökade uppmärksamheten av anhörigas vårdande roll och funktion, både som en viktig politisk fråga och som ett forskningsområde. Det är demografiska förändringar, den offentliga omsorgens organisering, ekonomiska besparingar och minskade resurser (Hansson et al., 2002, s.15; Jegermalm & Whitaker, 2000, s.14; Jeppsson Grassman, 2003, s.13-15, 23, 27).

En faktor som bidrar till synliggörande av anhängvårdare är den demografiska utvecklingen som pekar mot ett ökat antal äldre i befolkningen i framtiden på grund av ökande livslängd. Enligt Statistiska centralbyrån [scb] (www.scb.se) kommer antalet personer i åldrarna 65 år och över att öka med 880 000 till år 2050, en ökning med över 57 procent. Ungefär halva ökningen sker i åldrarna 80 år och däröver. Omkring 2030 kommer påfrestningarna på vården och pensionssystemet att bli särskilt stora. Det är de riktigt gamla som behöver mest vård och omsorg (Dahlberg, 2005, s.7).

En annan förklaring till det ökade uppmärksamheten av anhörigvårdares hjälpinsatser är förändringar inom vården och omsorgen om äldre. Dessa förändringar kännetecknas av att det har blivit färre sjukhusplatser och kortare vårdtider inom sjukvården (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.15, 2002, s.8; Jeppsson Grassman, 2001, s. 10, 2003, s.13-15, 27). Detta innebär att patienter med omfattande omsorgsbehov lämnar sjukhuset, vilket tar en större andel av den kommunala äldreomsorgens resurser i anspråk (a.a.). Ett flertal rapporter visar att kommunerna har genomfört påtagliga omprioriteringar inom äldreomsorgen och det har skett mer restriktiv hjälptilldelning (Dahlberg, 2005, s.7; Jegermalm, 2002, s.8; Jeppsson Grassman, 2001, s. 10, 51-52, 2003, s.13-15, 27). Färre äldre människor får hjälp av kommunerna och det har skett en koncentration av insatserna till dem med stort hjälpbehov. Äldre med störst omvårdnadsbehov får ökade hemhjälpinsatser medan en stor grupp som tidigare hade hemhjälp inte får någon hjälp alls med framför allt serviceinsatser. Denna restriktiva hjälptilldelning utgår från kommunernas tillgängliga resurser snarare än från befintliga behov. De offentliga nedskärningar i ökande grad täcks av informella hjälpinsatser (Jeppsson Grassman, 2003, s.51-52). Enligt Socialstyrelsen (2002 a, s.10) får allt fler äldre enbart informell omsorg och allt färre använder hemhjälp. År 1999 fick 85 procent av hemmaboende svenskar över 75 år enbart informell hjälp och 88 procent år 2000. Anhöriga har de senaste åren fått ta ett ökat vårdansvar för hjälpbehövande äldre som bor hemma (a.a., s.11).

Den demografiska utvecklingen och den försämrade samhällsekonomin kommer troligtvis att leda till att samhället ställer större krav på anhöriga och att de ger mer av vården till de äldre i framtiden.

3.1 Anhörigvårdares hjälpinsatser.

Anhörigvårdares hjälpinsatser är mångfacetterade och utgår från den sjukes hjälpbehov som varierar bland annat beroende på ålder, funktionshinder och sjukdom (Dahlberg, 2005, s.10-11; Sand, 2002, s.136). Hjälpinsatserna indelas vanligen i två kategorier, den praktiska och den känslomässiga hjälpen (Dahlberg, 2005, s.10-11; Hansson et al., 2002, s.19). I den praktiska hjälpen ingår allt från hjälp med praktiska sysslor som städning, matlagning, inköp, tvätt, att gå ärenden till direkta omvårdnadsinsatser, exempelvis matning, hjälp med personlig hygien, hjälp vid toalettbesök, blöjbyten, såromläggningar, hjälp med medicinering, injektioner och hjälp med förflyttning. Den praktiska hjälpen uppfattas som kärnan i de hjälpinsatser som ges trots att den känslomässiga hjälpen pekats av många hjälpbehövande och anhörigvårdare som den allra viktigaste (Hansson et al., 2002, s.19; Orsholm, 2001, s.61).

Detta beror på att det praktiska arbetet är konkret och möjligt att mäta i timmar, i tyng eller på annat sätt, däremot det känslomässiga stödet är mer svårångat (Orsholm, 2001, s.59). Den känslomässiga hjälpen tas också för givet och frågas därför inte i olika undersökningar (Hansson et al., 2002, s.19). Jeppsson Grassman (2001, s.22) menar att det är betydligt svårare att uppskatta antalet timmar som man utför hjälpinsatser i sitt eget hem än utanför det egna hushållet. Det finns inte någon skarp gräns mellan omsorgssysslor och vanliga sysslor i den dagliga rutinen i hemmet och det är svårt att skilja de från varandra. Många anhörigvårdare utför hjälpinsatser dygnet runt vilket är också svårt att räkna om i antal timmar. År 2000 uppskattades att äldre anhörigvårdare i åldern 75-84 år som regelbundet hjälpte någon som de bodde ihop lade i genomsnitt ned 93 timmar per månad (a.a.). Undersökningen genomfördes i Stockholms län. Den känslomässiga hjälpen innehåller det vanliga umgänget, passning och tillsyn (Jeppsson Grassman, 2003, s.36-37).

3.2 Anhörigvårdares situation

Enligt många forskare är det sällan ett överlagt beslut att bli anhörigvårdare (Dahlberg, 2005, s.9; Sand, 2002, s.39, 68, 165; Sjöberg, 2001, s.7). I många fall uppstår situationen plötsligt där en olyckshändelse eller en stroke medför att den friske partner tar på sig vårdrollen. Många är oförberedda på vad åtagandet innebär. Omsorgsarbetet börjar ofta med enklare hjälpinsatser för att successivt bli större och tyngre med åren. Många anhörigvårdare känner också en moralisk skyldighet att hjälpa sin partner. Det är svårt att säga nej och man ställer upp mer och mer.

Forskning visar att vårdrollen medför både positiva och negativa konsekvenser för den äldre anhörigvårdare. De positiva konsekvenserna är enligt Hansson et al. (2002, s.23-26) och Sand (2002, s.10) en känsla av tillfredsställelse och ökad självrespekt när man vet att man tar ett ansvar och kan hjälpa en nära och kära person i en svår situation. Många upplever att omsorgen och vården om partnern stärker känslan av egenvärde och förbättrar relationen. Uppskattning och tacksamhet hos den hjälpbehövande äldre upplevs som ett slags belöning, vilket har en stor betydelse för anhörigvårdaren. För många anhörigvårdare ger hjälpinsatser mening och kontinuitet åt livet. Flera anhörigvårdare tycker att de möjliggör för partnern att bo kvar i sitt eget hem genom sina hjälpinsatser, vilket också ger en slags belöning. En del anser att de har vuxit som människor och att vårdrollen har gett dem en erfarenhet och insikt som de inte vill vara utan (a.a.).

De negativa konsekvenserna av vårdrollen indelas i fysiska och psykiska belastningar. Enligt Sand (2002, s.140-141) består den fysiska belastningen av tunga lyft som kan

förekomma vid flera arbetsmoment. Den sjuke äldre kan vara i behov av hjälp med att komma i och ur sängen, när den ska vända sig i sängen m.m. Tunga lyft kan utföras dagligen och i vissa fall innebära att hela personen måste lyftas. Ständig upprepning av lyft kan leda till problem med rygg, nacke, axlar och armar. Majoriteten av anhängvårdare är de allra äldsta i åldern 74-85 år och vanligtvis har egna kroppsliga problem. Tunga lyft förvärras naturligtvis deras fysiska kondition. Enligt Sand (a.a.) uppger nästan hälften av samtliga anhängvårdare att de har tunga lyft. Majoriteten av dem bor tillsammans med vårdtagaren (a.a.).

Det karakteristiska med anhängvård är att arbetet nästan hela tiden utförs av samma person, vilket kan resultera i att anhängvårdare upplever en känsla av bundenhet (Orsholm, 2001, s.3, 8). Känslan av bundenhet i sin vårdarroll är ett ofta återkommande tema i anhängvårdares berättelser och den tillhör den psykiska arbetsbelastningen (Johansson, 2001, s.11-12; Sand, 2002, s.139, 143, 163). Upplevelsen av bundenhet kan ha flera orsaker. Många sjuka äldre, speciellt de som besväras av demenssjukdom, har behov av ständig tillsyn, vilket innebär att de inte kan lämnas ensamma. Vissa sjuka äldre behöver ständig hjälp med de dagliga sysslor som matning, toalettbesök, vändning i sängen och blöjbyten. Känslan av bundenhet ökar med stigande ålder eftersom hjälpinsatserna ökar med tiden. Det är vanligare att den sjuke äldre blir sämre med stigande ålder. En annan bakomliggande faktor till bundenhet är att vissa anhängvårdare inte vill lämna den sjuke för att själva slippa bli oroliga. Bundenhet leder i de flesta fall till ensamhet och isolering, vilket kan vidare medföra emotionell stress, depression och ångest (Sand, 2002, s.68). Forskning visar att många anhängvårdare till hemmaboende äldre upplever att de lever i ett socialt vakuum (Hansson et al., 2002, s.24; Johansson, 2001, s.12; Jeppsson Grassman, 2003, s.47, 78). De är en mer resursfattig grupp när det gäller socialt nätverk. På grund av omfattande vårdssysslor minskar umgänget med vänner och bekanta. Vissa äldre anhängvårdare varken klarar eller orkar upprätthålla sitt tidigare sociala liv. Dessutom har de allra äldsta förlorat många släktingar och vänner genom dödsfall.

Majoriteten av anhängvårdarna som bor tillsammans med den sjuke upplever oftare en känslomässig stress jämfört med andra anhänggrupper (Sand, 2002, s.163). De uppger att det är mer stressande att bo tillsammans med en sjuk anhäng. Ständig passning och tillsyn medför att man sällan eller aldrig kan sova ostörd en hel natt. Många anhängvårdare upplever att det tar på krafterna att ständigt vara vaksam och samtidigt utföra andra sysslor. Att inte förstå den anhänges sjukdom och beteendeförändringar som följd av exempelvis tilltagande demens, kan också medföra en känslomässig stress (Hansson et al., 2002, s.24). Många anhängvårdare

besväras av notoriskt dåligt samvete eftersom de undrar om de har gjort tillräckligt mycket för den sjuke, vilket oftast leder till emotionell stress (a.a.).

Ovanstående genomgång av tidigare forskning om äldre anhörigvårdare visar att de är en mer utsatt grupp jämfört med andra hjälpgivargrupper. De har högst medelålder och sämre fysisk och psykisk hälsa. I många fall utför de ett omfattande vårdarbete som innebär fysiska, psykiska och sociala påfrestningar. De delar hjälpansvaret med andra i relativt liten utsträckning, delvis beroende på deras ringa sociala nätverk och delvis på att deras äldre närstående får mindre hjälp från hemtjänsten.

4. Stöd till anhörigvårdare

Enligt Dahlberg (2005, s.13) var Socialstyrelsen en drivande kraft för att få igång utvecklingen av anhörigstöd. Tanken var att skapa en modell där kommunerna samverkade med frivilligorganisationer och där utvecklingsarbetet utgick från en konkret handlingsplan. Socialstyrelsen började prova denna modell i Dalarnas län år 1997. Samtidigt kom Socialstyrelsen fram till att anhörigstödet var svagt utvecklat och att anhöriga inte fick den hjälp de behövde (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.7; Jeppsson Grassman, 2003, s.15). Som en konsekvens av detta satsades 300 miljoner kronor på att utveckla anhörigstödet i ett särskilt projekt, Anhörig 300, under åren 1999-2001 (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.7).

4.1 Anhörig 300

Enligt Socialstyrelsen (2002, s.3, 14) avsatte staten 300 miljoner kronor under åren 1999 till 2001 till ett stimulansbidrag som kom att kallas Anhörig 300. Målet med stimulansbidraget var att kommunerna i samverkan med anhöriga och frivilligorganisationer skulle utveckla stödet till anhöriga och andra närstående till äldre, funktionshindrade eller långvarigt sjuka. Syftet med medlen var att genom ett långsiktigt arbete med att utveckla stödformer för anhörigvårdare, stödja och underlätta och på olika sätt bidra till en ökad livskvalitet för dem som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka anförvanter. Med utvecklingsarbetet skulle man också åstadkomma en varaktig kvalitetshöjning i det stöd som kommunerna erbjuder anhöriga och närstående. I Socialstyrelsens slutrapport (a.a., s.15) står vidare att stimulansbidraget till kommunerna fördelades utifrån kapiteringsprincipen, dvs. att beloppets storlek baserades på antalet invånare i kommunen som var 65 år eller äldre. Den enskilda kommunen skulle vidare utarbeta en treårig handlingsplan i samråd med berörda frivilligorganisationer för arbetet med att stödja anhörigvårdare. Utvecklingsarbetet skulle ske

i samverkan med anhörigorganisationer och andra frivilligorganisationer. Under åren 2005-2007 har staten satsat ytterligare 250 miljoner kronor i form av stimulansbidrag till kommunerna för att utveckla stödet till anhörigvårdare (Socialstyrelsen, 2008, s.7).

4.2 Lagstiftning

Enligt Socialstyrelsen (2002 a, s.12-13) infördes år 1998 en ny paragraf i 5 kap.

Socialtjänstlagen (i fortsättningen SoL) som angav att ”Socialnämnden bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuka eller äldre eller som har funktionshinder. ” Genom denna bestämmelse markerades vikten av att socialtjänsten tar ansvar för att ge stöd till anhörigvårdare men bestämmelsen innehöll inte någon närmare precisering om hur stödet till anhöriga borde utformas (a.a.). Paragrafen utformades som en frivillig insats för kommunen som dessutom skulle ha stort inflytande över utformningen av stödsatsen (Ds 2008:18, s.17). I Socialstyrelsens slutrapport (2002 a, s.14) framgår vidare att i förarbetena till denna bestämmelse poängterades att anhörigstödet hade en preventiv funktion och att det inte handlade om att lägga ytterligare ansvar på anhöriga. Målet med anhörigstödet handlade om att visa samhällets uppskattning för den närstående som ville göra en insats för en hjälpbehövande, att medverka till att stärka anhörigvårdarens livskvalitet samt att förebygga utbrändhet genom att reducera den stress och belastning som kan ligga i de hjälpinsatser anhörigvårdaren utför.

Enligt Socialdepartementet (Ds 2008:18, s.3, 7) trädde den 1 januari 2009 i kraft en ny ändring av 5 kap. 1 § SoL (SFS 2001:453) som syftade till att förtydliga socialnämndes ansvar att erbjuda stöd till anhörigvårdare. 5 kap. 1 § SoL har följande lydelse:

”Socialnämnden ska erbjuda stöd eller avlösning för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller stödjer en närstående som har funktionshinder” (a.a.,s.7). Skälen till ändringen av 5 kap. 1 § SoL har varit att det behövs ett nytt perspektiv på vård, omsorg och stöd som utgår från de anhörigas grundläggande betydelse för att ge omsorg och stöd till personer som har funktionshinder eller är äldre eller är långvarigt sjuka (a.a., s.33). Socialdepartementet har återigen konstaterat att insatser till anhörigvårdare måste utvecklas och att de insatserna inte handlar om att lägga ytterligare ansvar på anhöriga utan att de skall underlätta för dem (a.a.).

4.3 Former av anhörigstöd

Enligt Socialstyrelsen (2008, s. 20) finns följande stödinsatser till anhörigvårdare: avlösning via korttidsboende, avlösning via dagverksamhet, avlösning i hemmet, enskilda samtal, anhörigcirkel/anhöriggrupp, utbildning av anhörigvårdare, anhörigcentral/träffpunkt för anhöriga, må bra – aktiviteter och hälsoundersökningar. I de flesta kommuner finns också en anställd anhörigkonsulent (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.27).

4.3.1 Avlösning

Studier visar att avlösning är det mest efterfrågade stödet av anhörigvårdare (Hansson et al., 2002, s.41; Jegermalm & Whitaker, 2000, s.28). Enligt Socialstyrelsen (2008, s.16) syftar avlösning till att anhörigvårdare skall kunna koppla av från sin roll som vårdgivare och samla kraft för att orka fortsätta vårda sin närstående. Genom avlösning ges anhörigvårdaren möjlighet att få tid till en egen aktivitet. Avlösning är den mest vanligaste och utbredd form av anhörigstöd och den erbjuds i olika former:

- avlösning via korttidsboende,
- avlösning via dagverksamhet,
- avlösning i hemmet (a.a.).

Enligt Socialstyrelsen (2002 b, s. 17-18) innebär avlösning via korttidsboende att den sjuke äldre närstående vistas utanför hemmet dygnet runt en eller två veckor. Hjälpmottagaren bor oftast i ett av kommunens äldreboenden. Jämfört med avlösning via dagverksamhet får anhörigvårdaren en längre sammanhängande egen tid. Om avlösningen är regelbundet återkommande, exempelvis 14 dagar hemma och 14 dagar i korttidsboende, kallas den för växelvård (a.a.).

Avlösning via dagverksamhet handlar om att hjälpmottagaren får komma till en verksamhet där den får olika former av aktiviteter och gemenskap i fyra till sex timmar per dag under en eller flera dagar per vecka (a.a.).

Avlösning i hemmet innebär att hemtjänstpersonal avlöser anhörigvårdaren i den vårdbehövandes egen bostad (a.a.). Hemtjänsten tar över vissa överenskomna arbetsuppgifter, såsom städning, matlagning, tvätt, uppstigning eller personlig omvårdnad som dusch och påklädning. Om avlösningen i hemmet är en biståndsbedömd insats, fastställs omfattningen och arbetsuppgifterna i ett biståndsbeslut efter en utredning av kommunens biståndsbedömare. De flesta kommuner erbjuder avlösning i hemmet både helger och vardagar och stödet kan ges både på dag- och kvällstid (Socialstyrelsen, 2002 b, s.20). Fördelen med avlösning i

hemmet är att den äldre sjuke närstående slipper att lämna sitt eget hem (Johansson, 2001, s.18).

De tre ovannämnda avlösningssformerna är biståndsbedömda insatser, vilket innebär att anhörigvårdaren ska själv ansöka om avlösning i kommunen (Socialstyrelsen, 2008, s.22). Biståndsbedömning innebär att kommunen prövar den enskildes ansökan för att se om den enskilde är berättigad till den ansökta insatsen (Norström & Thunved, 2007, s.200-2002).

4.3.2 Utbildning/anhöriggrupp/anhörigcirkel/stödgrupp

Kommunerna kan stödja anhörigvårdare genom att samla dem i mindre grupper där de kan få ömsesidigt stöd (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.32). Anhöriggrupper möjliggör för deltagarna att dela sina upplevelser med andra och få perspektiv på sin egen situation, vilket utgör ett bra stöd för att man ska orka fortsätta att hjälpa sin närstående (a.a.). Det är vanligt förekommande att gruppträffarna består också av en blandning av information och utbildning (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.32, 2002, s.25). Vanliga stödformer i detta sammanhang är studiecirkel, anhörigträffar, kurser, seminarier, föreläsningar, informationsträffar m.m. (Socialstyrelsen, 1998, s.30). Forskning visar att anhörigvårdare som hjälper sin närstående med omfattande omsorgsbehov i många fall har behov av att lära sig mer dels om hjälpmottagarens sjukdom och behov, dels om sina egna rättigheter och möjligheter till stöd (Jeppsson Grassman, 2001, s.62).

4.3.3 Anhörigcentraler och träffpunkter

Anhörigcentraler/träffpunkter är mötesplatser dit anhörigvårdare kan komma och träffa andra. Anhörigcentraler/träffpunkter bedriver olika former av aktiviteter såsom kaféverksamhet, information, gruppsamtal, enskilda samtal, föreläsningar, hälsofrämjande aktiviteter, hobbyverksamhet, utbildning, tillfällig avlösning, gemensamma måltider, fester, underhållning m.m. (Socialstyrelsen, 2008, s.25).

4.3.4 Må bra – aktiviteter

Må bra – aktiviteter syftar till rekreation för anhörigvårdare och kan innebära massage, vattengymnastik, SPA-vistelse, avslappning, lillsemester, trivselträffar, utflykter, luncher, blommor, inköp av stavar för stavgång m.m. (Socialstyrelsen, 2002 a, s.20).

4.3.5 Enskilda samtal

Enligt Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (www.anhoriga.se) kan enskilda samtal med anhängvårdare innebära vanliga samtal när anhängvårdaren behöver någon att prata med. Det kan också handla om ett samtal där man ska utarbeta en stödplan, oftast med någon som arbetar med anhängstöd i kommunen (a.a.).

4.3.6 Anhörigkonsulent

Anhörigkonsulent ansvarar för kontakten med anhängvårdare och utvecklingen av anhängstöd (Jegermalm & Whitaker, 2000, s.27). Anhörigkonsulent är också en kontakt person för anhängvårdare och kan ge information, rådgivning och handledning (Dahlberg, 2005, s.22).

En del kommuner uppger att de bedriver dagverksamhet för anhöriga tillsammans med deras närstående, telefonrådgivning, bildande av vänförening, resor och studiebesök (Jegermalm, 2002, s.20).

5. Anhörigstöd i Täby kommun

På Täby kommuns hemsida (www.taby.se) hittas följande insatser som kommunen erbjuder till anhängvårdare: avlösning i hemmet, anhängcenter, anhängkonsulent, anhängutbildning och övrigt anhängstöd. Under övrigt anhängstöd hittas anhängstöd såsom avlösning via dagverksamhet, avlösning via korttidsboende, trygghetslarm och avlösning genom trygghetsvistelse. Avlösning i hemmet över tio timmar i månaden, avlösning via dagverksamhet, avlösning via korttidsboende och trygghetslarm är insatser som är biståndsbedömda och kostar enligt ordinarie taxa. Avlösning i hemmet upp till tio timmar är kostnadsfri och kallas för avgiftsfri avlösning. Trygghetslarm innebär att anhängvårdare kan påkalla hjälp vid akuta situationer. Avlösning genom trygghetsvistelse är icke biståndsbedömd hjälp och innebär att anhängvårdare, vid akuta situationer, exempelvis vid sjukdom, kan få tillfällig avlösning. Anhörigvårdarens närstående vistas på Allégårdens äldreboende där den får omvårdnad, mat och tillsyn (a.a.). Kommunen driver också ett anhängcenter, Bojen, på Ångarens äldreboende, Eskadervägen 5 i Näsbypark.

5.1 Intervju med anhängkonsulent i Täby kommun

Boel Edbohm är anställd av Täby kommun som anhängkonsulent. Boel uppger att hon har arbetat som anhängkonsulent i Täby kommun i fem år. Hon kan erbjuda anhängvårdare icke

biståndsbedömda insatser såsom kurser, utbildningar, resor, utflykter, information, rådgivning och samtal.

Boel berättar att hennes viktigaste arbetsuppgifter är att vara informatör till allmänheten och äldreomsorgen i Täby kommun samt att söka upp och hitta anhöriga som behöver stöd. Boel berättar vidare att hon organiserar olika träffar för anhängvårdare, vilket också är en viktig del i hennes arbete. Genom att delta i gruppträffarna har anhängvårdare möjlighet att träffas och hitta varandra och prata om sin situation. Boel leder också gruppsamtal, enskilda samtal och samtal för anhängvårdare som befinner sig i kris. I början har vissa anhängvårdare svårt att prata om sina känslor, trots att de är i behov av att göra det, tycker Boel. Då är hennes viktiga roll att uppmuntra och övertala de anhöriga som är ängsliga för att öppna sig inför andra. Boel berättar vidare att hon gör hembesök hos anhängvårdare, vägleder dem och ger information om hur de ska gå vidare. Hon tar reda på deras situation och vad de önskar för hjälp och om det behövs, slussar hon de vidare till biståndshandläggarna i Täby kommun. Till hennes arbetsuppgifter hör också till samarbete med biståndshandläggarna och frivilliga organisationer. I samarbete med frivilliga organisationer organiserar hon olika aktiviteter såsom träffar, samtal, kurser, utbildningar m.m.

Redan vid första kontakten med anhängvårdaren informerar Boel om vilka stödinsatser som Täby kommun erbjuder. Kommunen har utarbetat en särskild broschyr om anhängstöd inriktad till anhängvårdare över 65 år. Exempel på tidiga och förebyggande stödinsatser för att anhängvårdare ska orka med sin situation är: avlösning via dagverksamhet, avlösning via korttidsboende, avgiftsfri avlösning i hemmet upp till tio timmar per månad och trygghetslarm. Boel arrangerar informationsträffar på anhängcenter, Bojen, lämnar information till distriktssköterskor, boenden i kommunen och annonserar i den lokala tidningen. Boel berättar vidare att det finns mycket information på Täby kommuns hemsida om anhängstöd som hon ordnar. Boel talar om att hon är ute på boenden i kommunen för att träffa anhöriga och personalgrupper. Då informerar hon om sina tjänster, ordnar utbildningar för personal i anhängskap och bemötande av anhöriga samt utbildar personal till ett så kallad anhängombud. Anhängombudet ska sprida kunskaper till sina kollegor ute på arbetsplatserna.

Boel uppger vidare att hon ordnar årligen en resa till Spanien, en så kallad Spanienresa. Anhängvårdare får åka till Spanien en vecka där de får utbildning i olika sjukdomar samt lära sig friskvård. Resorna till Spanien handlar också om att få åka hemifrån för att få en annan miljö. Boel berättar att:

En stor tanke med Spanienresorna är att gruppen ska hitta varandra och hjälpa varandra på hemmaplan. Några grupper har varit i Spanien och de hade blivit nära vänner och träffats sedan kontinuerligt och stöttat varandra. De har fått mycket hjälp på det sättet. De har fått nya bekanta, håller daglig kontakt och hör hur man mår.

6. Teoretisk referensram

Alla människor utsätts för påfrestningar i form av kroppsliga och/eller psykiska besvär men även för sociala prövningar. Äldre anhängvårdare är den grupp som påtagligt oftare utsätts för större belastning än andra anhänggrupper. I kapitel 2.2 redovisade jag att äldre anhängvårdare oftare rapporterar både sämre fysisk och psykisk hälsa. Därför har jag valt att använda mig av Aaron Antonovskys teori om känsla av sammanhang (KASAM) som min teoretiska referensram (i fortsättningen KASAM). KASAM är den teori som ligger till grund för min analys.

6.1 Känsla av sammanhang (KASAM)

Enligt Antonovsky (2007, s.9, 16) reagerar människor på olika sätt när de utsätts för omfattande påfrestningar. Han undrade vilka faktorer som gör att vissa människor förblir friska och andra blir sjuka trots att de utsätts för samma eller ännu större stressbelastningar. I sin forskning utgick Antonovsky från intervjuer med israeliska kvinnor som överlevde koncentrationsläger under andra världskriget. Många av dessa kvinnor lyckades bibehålla sin hälsa och livskvalitet trots "... lägreets ofattbara skräck" (Antonovsky, a.a., s.15). Resultatet från intervjuerna lade grund till skapandet av det salutogenetiska perspektivet av Antonovsky. Det salutogenetiska synsättet fokuserar på hälsobringande faktorer (a.a., s.31-38). Utifrån det salutogenetiska synsättet kom Antonovsky fram till att känsla av sammanhang (KASAM) är den friskfaktor som gör att vissa människor har bättre copingförmågor, d.v.s. hanterar bättre tillvarons påfrestningar och svårigheter och därmed förblir friskare än andra. Enligt Antonovsky (a.a., s.43) består KASAM av tre centrala komponenter: *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.*

Begriplighet syftar till hur en inre och yttre stimuli kan förstås och förutses (a.a., s.44). En människa som har en hög känsla av begriplighet kan förutse vilka typer av stimuli som kan hon råka på. När en händelse kommer plötsligt, som en överraskning, kan personen med en hög känsla av begriplighet ordna upp och strukturera situationen och göra den begriplig. Begriplighet står således för i vilken utsträckning tillvaron upplevs som förnuftsmässigt gripbar i motsats till kaotisk och oförklarlig.

Hanterbarhet beskriver Antonovsky (a.a., s. 45) som den subjektiva upplevelsen av att ha tillräckliga resurser för att kunna möta olika situationer i livet. Resurser handlar om ens sociala nätverk som make/hustru, vänner, kolleger men även om Gud eller läkare (a.a.). Det rör sig om att identifiera de resurser som man kan räkna med och som man litar på och använda dem till sin egen fördel. Mycket resurser medför att man lättare kan göra svåra situationer hanterbara och att man i mindre utsträckning känner sig som ett offer för omständigheterna (a.a.).

Meningsfullhet är enligt Antonovsky (a.a., s.45-46) den emotionella och motivationsskapande komponenten i KASAM. Den tredje och sista KASAM-komponenten syftar på i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd. Genom möjlighet till delaktighet och medbestämmande uppstår meningsfullhet som i sin tur gör att man vill engagera sig och investera tid och energi även i svåra situationer. Personen med en hög känsla av meningsfullhet drar sig inte för att konfronteras med utmaningen och är inställd på att söka en mening i den och göra sitt bästa för att komma igenom den (a.a.). Sammanfattningsvis bidrar en stark känsla av sammanhang till att man upplever tillvaron som strukturerad, hanterbar och meningsfull vilket i sin tur gör att man känner sig ha god livskvalitet.

7. Metod

7.1 Metodval

Utifrån uppsatsens syfte som var att belysa anhörigvårdares upplevelser av kommunalt stöd valde jag att arbeta med hjälp av en kvalitativ metod i form av kvalitativ forskningsintervju. Kvalitativ metod valdes därför att det är en metod som syftar till att upptäcka och identifiera egenskaper och beskaffenheten hos något, till exempel den intervjuades livsvärld eller uppfattningar om något fenomen (Patel & Davidson, 2003, s.78). Enligt Kvale (1997, s.27) söker den kvalitativa forskningsintervjun genom frågor nå kunskap om undersökningens personens värld. Detta för att fånga upp anhörigvårdarnas känslor och egna upplevelser om kommunala stödinsatser och deras livskvalitet.

Den kvalitativa forskningsintervjun är halvstrukturerad till sin natur. Med det menas att den är vare sig ett öppet samtal eller ett strängt strukturerat frågeformulär (a.a., s.32). Den genomförs enligt en intervjuguide som koncentrerar sig till vissa teman och som kan omfatta förslag till frågor (a.a.). Detta för att ge intervjupersonen utrymme och möjlighet att utveckla

sina svar samt att få fram nya teman och perspektiv. Till intervjuerna utformade jag en intervjuguide med frågeområden som fokuserade på anhängvårdarnas stödinsatser, deras upplevelser av de stödinsatserna samt deras livskvalitet (bilaga 2). Intervjuguiden skapades utifrån uppsatsens syfte och frågeställningar och efter genomgången av litteratur om anhängvårdare och anhängstöd.

7.2 Urval

Jag valde att avgränsa undersökningsområdet till Täby kommun. Anledningen till mitt val var att det första stimulansbidraget, Anhörig 300, fördelades utifrån kapiteringsprincipen. Beloppets storlek baserades på antalet invånare i kommunen som var 65 år och äldre. Jag hade väldigt svårt att hitta befolkningsstatistik från 1999 vad gällde folkmängd i Sveriges kommuner. Mitt resonemang var att dagens befolkningsstatistik skiljer sig inte mycket från befolkningsstatistik år 1999. Jag fann att Täby kommun är en genomsnittlig kommun vad gäller folkmängd. Kommunen har idag 10 494 invånare som är 65 år och äldre (www.taby.se b).

För att finna informanter till studien kontaktade jag enhetschefen för äldre- och handikappheten i Täby kommun med förfrågan om kommunen kunde hjälpa mig att hitta lämpliga informanter. Kravet var att anhängvårdare har fyllt 65 år, bor tillsammans med den sjuke närstående och har stödinsatser från kommunen. Ett brev skickades till elva anhängvårdare tillsammans med förfrågning om deltagande i min studie. Informationsbrevet innehöll information kring studiens bakgrund, syfte och metod. Brevet innehöll även information om frivilligt deltagande, att materialet behandlas konfidentiellt och om att intervjun bandas in (bilaga 1). För att öka chanserna att få tillräckligt många deltagare till studien kontaktade jag även anhängkonsulenten, Boel Edbohm. Ytterligare fem brev skickades till anhängvårdare tillsammans med förfrågning om deltagande i studien. Av sammanlagd 16 skickade informationsbrev kontaktade mig fem anhängvårdare. Med två övriga anhängvårdare kom jag i kontakt via en informant. Samtliga informanter fick både muntligt och skriftligt information om min studie.

7.3 Genomförande av intervjuerna

Intervjuerna utfördes i Täby kommun med sju kvinnliga anhängvårdare som vårdar sin sjuke make hemma.

För att intervjupersonerna skulle känna sig trygga fick de välja plats för intervjun. Sex av dem valde att utföra intervjun i sitt eget hem och en valde att bli intervjuad på Täby bibliotek.

Jag presenterade mig och förklarade syftet med min studie. Jag informerade samtliga intervjupersoner att deras deltagande är helt frivilligt och att de kunde när som helst avbryta det utan att ange skäl. Jag frågade anhängvårdarna om jag fick banda in intervjuerna vilket samtliga godkände. Jag klargjorde för intervjupersonerna att allt var konfidentiellt och att alla mina anteckningar och inspelningar kommer att förstöras när uppsatsen blir godkänd. Varje intervju började jag med inledande frågor för att få intervjupersonerna mer avslappnade. Intervjuerna utfördes under en period av två veckor och tog 45-50 minuter. Samtliga intervjuer bandades. Bandinspelning möjliggör för forskaren att koncentrera sig på ämnet och dynamiken i intervjun (Kvale, 1997, s.147).

7.4 Databearbetning

Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant. Varje transkribering skedde samma dag efter att intervjun var genomförd. Detta för att inte glömma intryck och detaljer som bandspelaren inte kan registrera. Under tolkningsprocessen av intervjuerna använde jag mig av det hermeneutiska förhållningssättet. Enligt Patel och Davidson (2003, s.28-30) betyder hermeneutik tolkningslära och innebär att man skaffar sig kunskap genom tolkning av det talade och skrivna språket. Det hermeneutiska förhållningssättet innebär vidare att forskaren närmar sig forskningsobjektet subjektivt utifrån sin egen förförståelse som är ett verktyg i tolkningen. Tolkningsprocessen av en noggrant utskrivna intervju börjar med att först läsa hela intervjun och försöka förstå helheten av denna, för att sedan läsa olika delar av texten var för sig för att skaffa sig förståelse av dessa (a.a.). Den hermeneutiske forskaren använder sig också av empati eller medkänsla för att förstå objektet (a.a.).

Jag läste igenom alla intervjuer några gånger för att hitta mest centrala teman som kunde knytas till de tre komponenterna i KASAM. KASAM var den teorin som låg till grund för min analys. De funna temana var: anhängvårdarnas situation, information och första kontakt med Täby kommun, anhängvårdarnas upplevelser av kommunalt stöd och livskvalitet.

7.5 Etiska överväganden

Studien genomfördes enligt fyra forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). För att uppfylla informationskravet informerades deltagarna, både skriftligt och muntligt, om syftet med min studie, att deras deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta sin medverkan när som helst samt att de gav sitt skriftliga samtycke till medverkan. Vidare frågades intervjupersonerna om att jag fick banda in

intervjuerna, vilket samtliga godkände. De informerades också om att materialet endast kommer att användas i syftet för studien. I enlighet med samtyckeskravet bestämde deltagarna själva över sin medverkan, hur länge och på vilka villkor de ville delta och att de kunde avbryta sin delaktighet när de ville. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att alla identifierbara uppgifter behandlades med största möjliga konfidentialitet, det vill säga att inga namn eller annat framgår så att deltagarna kan identifieras samt att materialet förvarades inlåst. Nyttjandekravet motsvaras genom att inget material kommer att lånas ut eller användas i andra syften än det som studien avser.

7.6 Litteratursökning

För att finna relevant litteratur gällande tidigare forskning inom området använde jag mig av dels Ersta Sköndal högskolas bibliotekskatalog och dels Socialstyrelsens databas. Jag använde mig av följande sökord: anhängvårdare, anhängstöd, närståendestöd, stödinsatser och livskvalitet. Jag hittade mycket litteratur angående stöd till anhäng som vårdar sin närstående med en specifik sjukdom såsom demenssjukdom, cancer eller stroke. Dessa sökresultat valde jag bort eftersom jag var intresserad av sambandet mellan anhängstöd och anhängvårdares upplevelser av livskvalitet. Sökningen efter anhängstöd/anhängvårdare/närståendestöd/stödinsatser + livskvalitet gav ingen resultat, vilket gav mig en inblick i att det inte gjorts forskning inom detta område.

8. Resultat

8.1 Presentation av anhängvårdarna

Fem av de intervjuade anhängvårdarna är mellan 70 och 83 år gamla. De två övriga är 65 respektive 69 år gamla. Samtliga anhängvårdare är kvinnor som har vårdat sin make hemma i flera år. Alla dessa kvinnor utför mycket omfattande, både fysiskt och psykiskt, omsorgsinsatser. Tre av de vårdande makarna har en demensdiagnos, tre har starkt nedsatt fysisk funktionsförmåga och en har både minnessvårigheter och nedsatt fysisk funktionsförmåga. Samtliga vårdande makar är i behov av ständig tillsyn och praktisk hjälp med de flesta dagliga aktiviteter såsom personlig hygien, på- och avklädning, promenader m.m.

För att skydda de intervjuades anonymitet ändrade jag deras namn och jag utelämnade vissa detaljer som skulle kunna bidra till identifiering.

8.2 Anhörigvårdarnas situation

Anna berättar att hon har tagit hand om sin demenssjuke man *Adam* "...i minst tio år." I början av hans sjukdomsperiod arbetade *Anna* heltid. Även senare, när hon har blivit pensionär, har *Anna* kunnat arbeta deltid. *Adams* hälsotillstånd har successivt försämrats och han har varit länge i behov av hjälp med alla dagliga aktiviteter samt ständig tillsyn. *Anna* berättar vidare att hon har utfört allt hushållsarbete själv. Trots ett stort omsorgsansvar upplever *Anna* sin situation som "...jag har klarat mig ganska bra, tycker jag." *Anna* känner att hennes sociala liv har minskat. "Jag har mina gamla vänner, men samma umgänge blir det inte." Däremot träffar hon ofta andra anhörigvårdare.

Berta tar hand om sin demenssjuke man *Bert*. Hon berättar att hon har hjälpt *Bert* i några år, men under de senaste två åren har *Bert* blivit påtagligt sämre. "Det har gått väldigt bra hittills och så smäller det till. Så blir det en liten försämring som den just nu." *Berta* säger att de fortfarande träffar vänner men bara hemma hos paret. *Bert* trivs bäst hemma. *Berta* och *Bert* har två barn som hjälper paret så mycket de kan, men bara på helgerna. Det ena barnet bor i närheten och det andra i en annan stad. På grund av *Berts* hälsotillstånd kan inte *Berta* lämna maken ensam längre stunder. *Berta* berättar att hon sköter allt hushållsarbete själv och hjälper *Bert* med påklädning och toalettbesök. *Berta* upplever att det är väldigt svårt att ta hand om sin demenssjuke man. "Han blir ju sämre och sämre /.../ Men jag känner att det sliter på oss. Det är en jobbig sjukdom att sköta." *Berta* uppger att hon inte haft någon utbildning om demenssjukdomar.

Elsa berättar att hon har hjälpt sin man *Erik* i tre år. *Erik* har kraftigt nedsatt fysisk funktionsförmåga. *Elsa* säger att hon sköter allt hushållsarbete själv samt som hon hjälper *Erik* förutom förflyttningar och personlig hygien. *Elsa* upplever sig vara bunden. "Det är klart att man blir väldigt låst." *Elsa* upplever vidare att hennes sociala liv har minskat på grund av *Eriks* hälsotillstånd. Paret har svårt att hälsa på gemensamma vänner eftersom *Erik* är rullstolsbunden. "Vi har ju många vänner som bor på flera trappor utan hiss, det går inte." Däremot har *Elsa* några väninnor som

...brukar hjälpa till ibland och komma hem och vara med min man när jag ska bort en dag. Jag är jätte glad att jag har det stödet. Det är himla tur.

Felicia har varit anhörigvårdare i fyra år åt sin man *Fabian* som har kraftigt nedsatt fysisk funktionsförmåga. Hans hälsotillstånd försämras successivt. *Felicia* sköter allt hushållsarbete

själv förutom städning. Hon hjälper också sin man vid utförandet av vissa aktiviteter såsom påklädning och förflyttningar. *Felicia* upplever sin situation som väldigt stressig.

*...man måste jaga, man får inte vara sjuk för att man måste ta reda på väldigt mycket själv /.../
Jag försöker ju inte se framtiden, utan lever i nuet. Ibland hinner jag inte riktigt att andas.*

Fabian trivs bäst hemma och vill inte ha någon hjälp från en annan person.

Vi är ju så mycket på varandra. Då blir jag som en mamma till slutet. Det är inte bra. Och det tror jag är väldigt viktigt – jag behöver ju komma ut på mina saker och Fabian behöver också göra någonting på sina villkor, med andra människor.

Felicia berättar vidare att "...det är glesare med dem som ringer /.../ Jag vet inte om det är medvetet men folk drar sig, vännerna försvinner." *Felicia* säger att hon har väninnor men att hon inte hinner träffa dem. *Felicia* kan inte lämna *Fabian* ensam längre stunder. "Sedan skulle jag vara jätte orolig." *Felicia* uppger att paret har två barn men att de inte alltid kan ställa upp. "Det känns att det inte kan bara byggas på dem."

Gudrun har varit anhörigvårdare åt sin man *Gustav* i elva år. Hans hälsa har successivt försämrats. Till följd av en händelse för tre år sedan hamnade *Gustav* i rullstol. Trots att *Gudrun* är pensionär vill hon fortfarande arbeta. Hon arbetar deltid,

...och det gör jag enbart av det skälet att jag känner att jag måste ut. Måste ha mitt eget liv. För att mitt liv har ju inskränkt sig så väldigt.

Hemtjänstpersonalen kommer och hjälper *Gustav* med förflyttningar och hans personliga hygien. Allt annat sköter *Gudrun* själv.

Inga berättar att hon har hjälpt sin man *Ingvar* i flera år. *Ingvar* har haft minnessvårigheter sedan några år tillbaka och för fyra år sedan fick han en demensdiagnos. *Inga* berättar vidare att till följd av en händelse som inträffade för fyra år sedan har *Ingvars* hälsa kraftigt försämrats. Hon hjälper *Ingvar* väldigt mycket. "Det blir ju hela tiden, dygnet runt." *Inga* säger att hon sköter allt hushållsarbete själv.

Jag har alltid skött mycket hemma men inte så mycket som det blev nu och jag kan inte lämna honom, jag kan inte resa. Jag kan inte lämna honom en hel dag, inte. Det kunde jag förr, jag kunde ut och vandra och vara borta en vecka, då klarade han sig själv. Korta stunder kan jag lämna honom, gå ner och handla, det kan jag göra.

Inga uppger att de har barn som kommer och hjälper paret så ofta de kan. *Inga* upplever att hennes sociala liv har minskat.

Efter dessa år har livet radikalt förändrats. Orken och möjligheten att umgås med mina vänner har krympt till det minimala. Att vara aktiv i föreningslivet, som jag tidigare varit, är nästan slut /.../ Gamla vänner förstår ju inte alls, nej. De fattar inte det här med Ingvar. Det går inte att prata med dem om det i huvudtaget. Man fattar ju inte hur det är att vara anhörigvårdare /.../ Man fattar inte hur man kan hamna i sådana situationer. Och att man blir så trött /.../ Så ser livet ut, vad sjutton, man vet inte vad man ska göra.

Susanne har vårdat sin make *Simon* i fyra år. *Simon* har nedsatt både kognitiv och fysisk funktionsförmåga. *Susanne* berättar att hon sköter allt hushållsarbete själv förutom städning, som hon har hjälp med från kommunen samt att hon hjälper *Simon* med de flesta dagliga aktiviteter. *Susanne* säger att paret har barn som ställer upp och hjälper *Simon* när *Susanne* vill vara borta några timmar. ”Min man vägrar ju att överhuvudtaget vara någon annanstans än hemma.” *Susanne* berättar att hon har möjlighet att gå ut och träffa sina vänner. ”Och vi spelar bridge och vi är på utflykter. Det är sånt som behövs. Och det är väldigt skönt.”

8.3 Information och första kontakt med Täby kommun

Anna kontaktade själv Täby kommun för första gången för nio år sedan. Sedan fick hon hembesök av en biståndshandläggare. *Anna* tycker att:

Det funkade bra med biståndshandläggarna. Det blev aldrig något problem Jag kunde ringa och säga vad jag behöver /.../ Men tänk starkars de som inte vågar ringa då. Så sitter de där.

Anna berättar att hon har fått tillräckligt med information från biståndshandläggarna om vilka stödinsatser kommunen erbjuder till anhörigvårdare. Däremot har hon inte fått någon information om att det finns en anställd anhörigkonsulent i kommunen. Anhörigkonsulenten kontaktade *Anna* själv angående utbildningsresan till Spanien, den så kallade Spanienresan. Enligt *Anna* hade anhörigkonsulenten svårt att få tag på anhörigvårdare.

Det borde inte vara så himla svårt. Biståndshandläggarna borde ju veta vilka de är. Så borde man ju på det viset kunna slussa de över till Boel som hon skulle kunna ta kontakt med. Som hon gjorde med mig då.

Berta träffade en biståndshandläggare på en vårdplanering på sjukhus när hennes man skulle skrivas ut. Hon har inte fått information om vilka stödinsatser kommunen erbjuder till anhörigvårdare. *Berta* berättar att hon har fått information om möjlighet till avlösning genom korttidsboende från en granne. Det är något som hon skulle vilja ansöka om.

Det tror jag nästan att vi skulle få den hjälpen, eftersom vi är inne med biståndshandläggaren. Det känns som att hon känner till oss. Hon vet ju hur vi har det.

Berta säger att hon har läst om att det finns en anhörigkonsulent i Täby kommun men att hon inte minns var någonstans hon har sett annonsen.

Elsas första kontakt med Täby kommun skedde på vårdplanering på sjukhus när *Erik* skulle skrivas ut. Då träffade hon en biståndshandläggare som frågade om vilken hjälp paret behövde hemma. *Elsa* berättar att hon inte har fått någon information från biståndshandläggaren om vilka andra stödinsatser kommunen erbjuder. Hon blev inte heller informerad om att det finns en anställd anhörigkonsulent i kommunen. *Elsa* uppger att hon kontaktade anhörigkonsulenten själv efter att hon hade läst en annons i en lokal tidning för Täby kommun om den så kallad Spanienresan. *Elsa* berättar att hon har fått information om de olika anhörigstödinsatser på en av de träffarna som anhörigkonsulenten organiserar på anhörigcenter.

Felicia berättar att en kurator tipsade henne att ta kontakt med Täby kommun. *Felicia* fick sedan ett hembesök av en biståndshandläggare som erbjöd avlösning i hemmet i form av avgiftsfria tio timmar i månaden. På frågan om hon känner till vilka stödinsatser som finns i kommunen svarar hon:

Det måste jag säga att jag kanske har blockerat mig själv /.../ Allting var ju så nytt /.../ Så jag vet inte riktigt. Det där med stressen, så försvinner en del med information. Att man kan få mer hemtjänst, det vet jag ju.

Felicia säger att hon inte känner till att det finns en anställd anhörigkonsulent i kommunen. ”Det är ingenting som är så givet direkt. Men får man bara kanalerna då är det en bra hjälp i alla fall”. *Felicia* säger att hon känner till att det finns möjlighet att få avlösning via korttidsboende eller dagverksamhet men bara för demenssjuka personer. Hon är orolig över att hennes man hamnar bland demenssjuka patienter. ”Det är inte så kul”, säger *Felicia*.

Gudruns första kontakt med Täby kommun skedde på en vårdplanering på sjukhus för tre år sedan när *Gustav* skulle skrivas ut. Då träffade hon en biståndshandläggare. ”Och då

bestämde det att jag fick hemtjänst.” *Guðrun* berättar att hon inte fått mycket information om vilka stödinsatser kommunen erbjuder. Biståndshandläggaren informerade henne enbart om växelvård. *Guðrun* känner inte heller till att det finns en anställd anhörigkonsulent i kommunen.

Inga uppger att hon själv kontaktade Täby kommun.

Det var ju goda vänner som rekommenderade om det där, talade om att det fanns. Det var jag då som kontaktade Täby kommun och det var ju inga problem, det fick jag direkt, alltså, det var bara att säga till hur mycket hjälp jag behöver. Det var ju bra.

På frågan om hon har fått någon information om vilka stödinsatser kommunen kan erbjuda, svarar *Inga*: ”Jag vet inte, kanske. Jag är lite osäker.”

Susannes första kontakt med Täby kommun initierades av hennes dotter som själv kontaktade kommunen. *Susanne* berättar att hon fick hembesök av en biståndshandläggare som beviljade henne avlösning i hemmet i form av avgiftsfria fem timmar i månaden. *Susanne* uppger att biståndshandläggaren hade med sig information i form av olika broschyrer om vilka stödinsatser kommunen erbjuder.

Det känns rätt bra. Jag är ju själv så pass pigg så jag behöver inte själv så mycket. Men det är skönt att veta att möjligheten finns.

Hon tillägger att hon känner sig trygg med vetskapen om att hon kan vända sig till kommunen när hon behöver mer hjälp. ”Jag oroar mig inte över vad som ska komma.” *Susanne* säger att hon tog reda på anhörigträffarna genom en annons i en lokal tidning för Täby kommun och på det visset kom hon i kontakt med anhörigkonsulenten.

8.4 Anhörigvårdarnas upplevelser av kommunalt stöd

Anna har haft stödinsatser från kommunen i nio år i form av hemtjänst och dagverksamhet. *Anna* berättar att båda insatserna var inriktade både som direkt hjälp till *Adam* och som avlösning till henne. *Anna* upplever att hon har fått stödinsatserna snabbt och utan dröjsmål och att hon har fått tillräckligt med hjälp. ”Det här hemtjänsten, tycker jag, var fantastiska, det funkade jätte bra, det måste jag säga.” Hon uppger att hon var missnöjd med hemtjänsten vid ett tillfälle. *Anna* fick ingen hjälp på en hel vecka.

Då ringde jag till hon som var chef för hemtjänsten och talade om att jag är beviljad att få så här många timmar /.../ Det tog tio minuter, så ringde hon och sa att vi har fixat det.

Anna berättar att tack vare avlösningen har hon kunnat träffa sina vänner och arbeta. ”I och med att man får den hjälpen så orkar man att vara aktiv den tiden, tror jag.” Dagverksamheten har fungerat också bra, tycker *Anna*. ”Och jag hade ju det bra när han var på dagvård.” *Anna* var också i Spanien på den så kallad Spanienresan.

Det var bara en underbar vecka. Det var ju jätte mysigt /.../ Det är så kul för att en stor del av gruppen fortfarande träffas. Det är jätte kul. Det är bra att höra andra som också har samma typ av problem. Jag har mina gamla vänner, men samma umgänge blir det inte.

I Spanien fick *Anna* lära sig om olika sjukdomar, bland annat om demenssjukdomar. *Anna* önskar att hon hade fått den utbildningen tidigare, eftersom hon har tagit hand om sin demenssjuke man så länge. ”Hur gör man som anhörig? Hela familjen borde utbildas, barnen för att kunna förstå och begripa vad det är för något egentligen.” *Anna* deltar också i olika aktiviteter på anhängcenter. ”Jag tycker att de är jätte duktiga. Lika som Boel. Där blir ju aktiviteter ett antal gånger per termin, utbildningar.”

Berta har haft avlösning i hemmet i form av avgiftsfria tio timmar per månad i tre månader. ”Det blir ju bara två och en halv timme i veckan.” *Berta* upplever att hon inte hinner göra mer på den tiden än bara ”...gå upp till centrum och handla. Och en gång tog jag fyra timmar och då åkte jag till stan. Och det är jätte skönt att komma ut.” *Berta* berättar att hon inte riktigt är nöjd med hemtjänstpersonalen som kommer och stannar med *Bert* medan hon är borta och handlar. ”Nej, vi har haft olika varje gång /.../ Det är lite jobbigt när det kommer olika.” *Berta* upplever också att personalen inte är utbildad i demenssjukdomar. Vad gäller andra former av stödinsatser efterfrågar *Berta* avlösning genom korttidsboende och ”...någon föreläsning.”

Och att man kan gå i lugn och ro att veta att det finns någon där hemma /.../ Det som man önskar att det är samma som kommer. Som känner människan och så kan de sjukdomarna som de har. Man skulle önska att de utbildas ordentligt. Det är viktigt att de kan sina saker när de kommer /.../ De ska inte göra någonting men de kan ju prata, hitta på någonting själv.

Elsa har haft avlösning i hemmet i form av avgiftsfria tio timmar i månaden samtidigt hemtjänst i två år. *Elsa* berättar att hemtjänstpersonalen kommer och hjälper *Erik* fyra gånger per dag, mest med förflyttningar, vilket *Elsa* inte klarar själv. *Elsa* är mycket nöjd med hemtjänsten och anser att ”Hade jag inte haft hemtjänst då hade jag inte klarat det.” *Elsa*

upplever att hon fick vara delaktig i planeringen av hemtjänstinsatser. Hemtjänstpersonalen kommer också två gånger i veckan och avlöser *Elsa* i hennes vårdarroll. Då har hon möjlighet att koppla av och delta i sina egna aktiviteter. *Elsa* berättar att paret också fick hjälp från kommunen i form av växelvård i början av *Eriks* sjukdomsperiod. Tyvärr, fick de tacka nej till hjälpen eftersom *Erik* vantrivdes där. *Elsa* uppger att *Erik* "...vantrivs var han än är." Hon vill inte tvinga honom till växelvård och tycker att *Erik* "får den bästa vården hemma." *Elsa* berättar vidare att hon var på anhörigutbildning i Spanien, på den så kallad Spanienresan. *Elsa* upplever resan som "väldigt bra och givande".

Vi blev vänner hela gänget som var där. Det var väldigt bra, väldigt lärorikt och givande och bra ledare. Det var kurser om olika sjukdomar. Det var en läkare som pratat och det var två från kommunen som höll i kurser. Och man fick lära sig allt möjligt. Och så hade vi trevligt också. Det var väldigt uppmuntrande.

Elsa deltar också i olika aktiviteter och träffar som kommunen anordnar i samarbete med frivilliga organisationer. "De träffarna, de är ju jätte bra. Vi träffas hemma hos varandra också. Det är väldigt givande att träffa andra som är i samma situation." *Elsa* upplever att hon och *Erik* har fått den hjälp de behöver utan några problem eller dröjsmål. *Elsas* första kontakt med anhörigkonsulenten beskriver *Elsa* som: "Jag tycker att det känns väldigt bra. Det var en trygghet i sig. Det tycker jag absolut."

Felicia har haft avlösning i hemmet i form av avgiftsfria tio timmar i månaden. "Det är en person som kommer, en person har vi haft hela tiden och det fungerar jätte bra." *Felicia* har valt att utnyttja det stödet som städhjälp hemma. "Det har med min man att göra. Han har inte velat ha någon annan personlig hjälp." *Felicia* berättar att hon är nöjd med den hjälpen hon har.

Det känner jag, ju sämre han har blivit ju mer värdefullt det är med den hjälpen. För att då behöver jag inte tänka på det i alla fall. Det är ju så mycket annat det kan vara hela tiden.

Felicia undrar om hon får mer hjälp i hemmet om hon skulle vilja resa bort en helg. *Felicia* vet inte riktigt vilken annan form av stöd hon skulle vilja ha.

Jag vet inte riktigt än vad det är eller vi efterfrågar /.../ Vi måste vara överens på något sätt. Jag kan inte bara säga att – nu kommer en person här och ska göra det och det. Inte mot honom, han måste själv vara med.

Guðrun har fått stöd från kommunen i form av hjälp i hemmet i tre år. Hemtjänstpersonalen kommer och hjälper *Gustav* när *Guðrun* arbetar. *Gustav* har haft växelvård i fyra månader, som innebär att han regelbundet vistas på ett korttidsboende i två veckor varje månad. Växelvården är beviljad som avlösning för *Guðrun* för att hon ska orka hjälpa *Gustav* i fortsättningen. *Guðrun* berättar att *Gustav* inte trivs på växelvården, vilket gör att *Guðrun* konstant har dåligt samvete.

Och jag tampas med det dåliga samvetet, alltså, trots att jag får det stödet /.../ Nu är jag van att ständigt tänka på honom /.../ Och hur nu jag ska kunna klara av det? Bemästra det? Hur ska man hjälpa honom att förstå? Att acceptera lite mer? Jag vet inte hur länge jag klarar det här.

Guðrun uppger att hon är väldigt tacksam för de två veckor i månaden som hon bara har för sig själv, men på grund av det dåliga samvetet vill hon i fortsättningen att *Gustav* bara vistas på växelvården en vecka av tre. "Kanske inte varje månad", säger *Guðrun*. Hon undrar om hon då får mer hjälp hemma, även på kvällen och natten, när hon vill åka bort en vecka.

*Det skulle vara ett alternativ till växelvård /.../ Och då kunde *Gustav* vara hemma och då kunde jag åtminstone åka bort en vecka och utan att behöva sätta in honom på något ställe.*

Inga uppger att paret har haft stöd från kommunen i två år i form av avlösning via dagverksamhet. *Ingvar* vistas på dagverksamhet två dagar i veckan från kl. 09.00 till 15.00.

Dagverksamheten är för att avlösa mig /.../ Vi har ju två dagar i veckan på dagvård. Och han hade tre dagar ett tag men det var så dåligt med aktiviteter så han tyckte det var jätte tråkigt, rena rama förvarningen /.../ Men finns det några han kan umgås med, prata, då kommer han hem ganska glad.

Inga berättar att hon nyligen även har fått stöd i form av att hemtjänstpersonalen kommer en gång i veckan och hjälper *Ingvar* med dusch. *Inga* funderar på om hon skulle få hjälp med städning hemma. *Inga* berättar att *Ingvar* var på ett korttidsboende en gång när hon själv var dålig och kunde inte ta hand om *Ingvar*. *Ingvar* trivdes väldigt bra på korttidsboendet. *Inga* deltog också i den så kallad Spanieresan för några år sedan.

Det var ju perfekt för min del. Det var ju rena rekonvalescenthemmet /.../ Jag tror att vi var nio stycken som var där. Vi håller nästan allihopa ihop fortfarande.

Susanne uppger att hon har haft stöd från kommunen i fyra månader i form av avgiftsfria fem timmar. *Susanne* berättar att hon har valt att utnyttja de timmarna till städhjälp och att hemtjänstpersonal hjälper *Simon* med dusch. *Susanne* använder inte det stödet till avkoppling eller egna aktiviteter med hon känner till att hon kan ansöka om utökad tid upp till tio timmar i månaden om hon behöver. *Susanne* har deltagit i anhörigträffarna på anhörigcenter en gång i veckan i åtta veckor. ”Man får ju tips av varandra, hur man ska göra och om vad som finns tillgängligt. Det är bra.” *Susanne* berättar att anhörigträffarna avslutas med den så kallad Spanienresan. *Susanne* berättar vidare att hon får lära sig om bland annat olika sjukdomar, mediciner och friskvård i Spanien. *Susanne* är också informerad om att kommunen kan ordna en plats åt *Simon* på ett korttidsboende den veckan hon är i Spanien. *Susanne* tycker att hon har fått det stöd som hon behöver. Just nu funderar hon på att ansöka om hjälp med ledsagning vid promenader för sin man för att ”...då kan jag göra saker för mig själv.” *Susanne* upplever inte att det var svårt att få hjälp från kommunen.

8.5 Livskvalitet

Anna berättar att livskvalitet innebär för henne att:

...kunna få träffa andra människor och för att leva livet. Och tänk hur det skulle vara att inte kunna komma ut och göra någonting själv, utan bara gå. Då tror jag att man skulle deppa ihop. Så livskvalitet är ju helt enkelt att man kan träffa andra människor, tycker jag. Det är kommunikation med andra – det är jätte viktigt /.../ Hade jag varit tvungen och vara hemma då hade det inte blivit samma livskvalitet.

Anna upplever att hennes livskvalitet är bra tack vare hjälpinsatserna. *Anna* berättar att hon har träffat många anhörigvårdare som är hemma hela dagarna och hjälper sina närstående.

De har svårt, tror jag, att släppa det här greppet. På något sätt skulle de få hjälp med det. De har faktiskt rätt till att kunna ta lite ledigt själva.

Berta berättar om sin livskvalitet:

Livskvalitet måste det vara att man har det bra tillsammans. Och just detta att man får leva tillsammans i så många år som vi fått göra tillsammans. Det är livskvalitet. När det nu ändras så blir det lite konstigt /.../ Så man känner sig lite vilsen /.../ vi hade väldigt långt och fint liv tillsammans. Men nu svänger det.

Berta berättar vidare att avlösning genom korttidsboende skulle kunna höja hennes livskvalitet, men bara ”att man visste att han har det bra”.

Livskvalitet för *Elsa* innebär först och främst att *Erik* kan bo hemma, tillsammans med henne. Livskvalitet innebär också att *Elsa* har möjlighet att träffa sina vänner som stöttar henne. ”Jag skulle inte klara mig utan dem”, säger *Elsa*. *Elsa* upplever att anhörigträffarna som kommunen organiserar i samarbete med frivilliga organisationer har mest höjt hennes livskvalitet. ”Hade jag inte haft kontakt med dem så vet jag inte om jag skulle klara mig”, berättar *Elsa*.

Felicia upplever att:

... livskvalitet har ju ändrats betydligt. För att förut var vi ju fria på ett annat sätt. Vi reste ju mycket, vi gick på konsert, gick på bio. Och att kunna gå, det kan ju öka ens livskvalitet, det kan man räkna med /.../ Frihet, frihet att kunna åka iväg. Och där behövs ju att en person kommer in eller ett annat stödåtgärd /.../ Så fanns den så skulle jag känna att min...att det skulle lätta på mina axlar. Att känna mig fri och att inte vara orolig att det skulle hända någonting /.../ Det är jag känner att jag helt plötsligt skulle vilja resa...då kan jag inte det. Eller kan, men vem som skulle vara med Fabian?

Gudrun berättar att:

Livskvalitet det är ju inte samma sak nu som det var förr. Det har med situationen att göra /.../ Så livskvalitet nu är väl det att, för mig då, att man har den hjälp som gör att jag också kan leva ett liv utan att vara vårdare.

Inga tycker att:

Livskvalitet, det är just det där med föreningslivet, att kunna sitta och väva. Vävstolen står där uppe men jag har inte vävt på...sedan jag blev pensionären. Det är lite tråkigt. Nu hoppas jag att jag kommer igång. Man måste ha något att se fram emot /.../ Det gör att man klarar av det jobbet man har fått på gamla dagar. Man blir psykiskt knäckt faktiskt.

Inga tycker inte att avlösning via dagverksamhet har höjt hennes livskvalitet.

De där två dagar i veckan, då blir det så att jag går bara och städar och tvättar och handlar och det blir inte så att jag gör något till mig själv. Det räcker inte till /.../ Just nu är det jätte jobbigt.

Livskvalitet för *Susanne* innebär att hon har möjlighet att träffa sina vänner och ”...komma ut till naturen. För att man blir ju väldigt bunden när man är anhörigvårdare”. *Susanne* anser

att städhjälpn höjer hennes livskvalitet genom att hon befrias från ryggbesvär på grund av dammsugning.

9. Analys

9.1 Begriplighet

Samtliga anhörigvårdare har ett mycket omfattande omsorgsansvar men upplever sin situation och livskvalitet olika. Tre stycken anhörigvårdare erfar sin situation samtidigt livskvalitet mycket bättre än de övriga intervjuade kvinnorna. Till den grupp av anhörigvårdarna som bäst hanterar sin situation hör *Anna, Elsa och Susanne*.

Trots att *Elsa* känner sig bunden i sin vårdarroll, har hon tid för sina egna aktiviteter och för att träffa sina vänner. *Anna* som har tagit hand om sin demenssjuke man i tio år har också kunnat ordna upp sin situation och har kunnat både arbeta och träffa andra anhörigvårdare. *Susanne* har också tid för umgänge och utflykter trots samma upplevelse av bundenhet. Dessa tre kvinnor har även positiva erfarenheter av kommunalt stöd. De är nöjda med alla stödinsatser och tycker att de stödinsatserna har höjt deras livskvalitet. Tack vore kommunalt stöd har *Anna* kunnat träffa sina vänner, arbeta och "...vara aktiv." *Elsa* kan fortfarande bo tillsammans med sin man och ha egen tid för sina aktiviteter och umgänget med väninnorna. *Susanne*, som har minst anhörigstöd, tycker att hon befrias från ryggbesvär på grund av städhjälpn. Hon har också möjlighet att träffa sina vänner och göra utflykter. Min tolkning av *Susannes* uttalande är att hon kan vara aktiv när hon inte besväras av ryggsproblem. Gemensamt för de tre anhörigvårdarna är att de anser att de har fått tillräcklig information om vilka stödinsatser som Täby kommun kan erbjuda för anhörigvårdare. Min tolkning är att information har en viktig funktion för dessa kvinnor, nämligen att den utgör ett informativt stöd. *Anna* och *Susanne* har fått information från en biståndshandläggare och *Elsa* på anhörigcenter. Jag tror att *Anna, Elsa och Susanne* känner sig trygga med vetskapen om att de kan vända sig till kommunen när de behöver hjälp. "Jag oroar mig inte över vad som ska komma", säger *Susanne*. *Elsa* som har fått information från anhörigkonsulenten upplever att "...det var en trygghet i sig". För *Anna* känns det naturligt att ringa till kommunen och säga vilken hjälp hon behöver. Min tolkning av *Annas, Elsas och Susannes* berättelser är att de har hög känsla av begriplighet. Begriplighet innebär att kunna strukturera sin tillvaro och göra den förutsägbar (Antonovsky, 2007, s.44). En människa som är väl informerad upplever sig

ha kontroll över sin situation och därmed kan ordna upp och forma situationen, vilket i sin tur gör att inre och yttre stimuli kan förstås och vara begripbara.

Inga, Felicia, Berta och *Gudrun* upplever sin situation och livskvalitet annorlunda än *Anna, Elsa* och *Susanne*. *Inga* känner sig bunden i sin vårdarroll, stressad och trött. Trots att hon får avlösning två dagar i veckan kan hon varken koppla av, delta i egna aktiviteter eller hinna träffa sina väninnor. Hon är inte riktigt nöjd med avlösning eftersom hennes man inte trivs på dagverksamheten. Hon upplever inte heller att hennes livskvalitet är god. *Gudrun* som har mycket stöd från kommunen känner sig inte heller nöjd med sin situation. Hon tampas jämt med dåligt samvete för att hon känner att hon tvingar sin man till vistelse på växelvården. Hon är däremot nöjd med hemtjänsten. Min tolkning av hennes uttalande om livskvalitet är att hon har gott om egen tid men att hon inte mår bra psykiskt på grund av att hon ständigt känner dåligt samvete. *Berta* och *Felicia* har mindre hjälp från kommunen i jämförelse med *Inga* och *Gudrun*. Bägge kvinnorna har ett mycket omfattande omsorgsansvar och har rätt till att ansöka om mer hjälp. Både *Berta* och *Felicia* upplever sin situation som svår. De har valt att inte utnyttja stödet till avkoppling eller som tid för egna aktiviteter. *Berta* är inte riktigt nöjd med sin livskvalitet. Hon är glad för att paret kan leva tillsammans men hon känner sig vilsen. *Felicia* upplever inte heller sin livskvalitet som god. Hon skulle vilja resa men kan inte lämna sin man. *Felicia* är nöjd med hemtjänstpersonalen eftersom det är en och samma person som kommer varje gång. *Berta* känner sig inte tillfredsställd med hemtjänstpersonalen på grund av att hon erfar att personalen inte är utbildad i demenssjukdomar och dessutom kommer olika personer varje gång.

Gemensamt för de fyra anhörigvårdarna är att de inte har fått tillräcklig information om vilka andra stödinsatser kommunen kan erbjuda. Alla dessa kvinnor efterfrågar andra former av stöd men vet inte riktigt vilka. Min tolkning av deras berättelser är att de har låg känsla av begriplighet och därmed upplever sin tillvaro som kaotisk. *Gudrun* har svårt att hantera och begripa inre stimuli i form av hennes dåliga samvete. *Inga* berättar att ”Man fattar inte hur man kan hamna i sådana situationer /.../ Så ser livet ut, vad sjutton, man vet inte vad man ska göra.” *Felicia* uppger att ”Jag försöker ju inte se framtiden, utan lever i nuet.” Hon känner sig stressad, otrygg och orolig. *Berta* anser att hon ”... känner sig lite vilsen.”

9.2 Hanterbarhet

Samtliga anhörigvårdare uppger att deras sociala liv har minskat mer eller mindre. Trots att alla anhörigvårdarna upplever att deras situation är svår har de olika förståelse för sina tillgängliga resurser och därmed utnyttjar de resurserna på olika sätt. *Anna, Elsa* och *Susanne*

är de kvinnor som har bättre förståelse för sina befintliga resurser och kan använda de resurserna till sin egen fördel i motsats till *Inga*, *Berta*, *Gudrun* och *Felicia*.

Anna tycker att hennes kontakt med biståndshandläggarna har fungerat väldigt bra och hon är inte rädd för att ringa till kommunen och be om hjälp. ”Men tänk starkare de som inte vågar ringa då”, säger *Anna*. *Anna* tvekar inte heller att ringa och klaga när det inte fungerar med hemtjänsten. Min tolkning av hennes uttalande om träffarna med andra anhörigvårdare är att hon betraktar de anhörigträffarna som ett socialt stöd. ”Det är bra att höra andra som också har samma typ av problem”, säger *Anna*. *Elsa* har några väninnor som ”...brukar hjälpa till ibland och komma hem och vara med min man när jag ska bort en dag. Jag är jätte glad att jag har det stödet.” *Elsa* hittar också tid för att träffa andra anhörigvårdare. ”Det är väldigt givande att träffa andra som är i samma situation”, berättar hon. *Susanne* har barn som ställer upp och hjälper *Simon* när hon vill vara borta några timmar. Hon träffar också andra anhörigvårdare. ”Man får ju tips av varandra, hur man ska göra och om vad som finns tillgängligt. Det är bra”, säger *Susanne*. Detta tolkar jag att också som att hon upplever sig ha socialt stöd från andra anhörigvårdare.

Enligt min tolkning har *Berta*, *Felicia*, *Gudrun* och *Inga* i mindre utsträckning förståelse för sina befintliga resurser. *Berta* har inget umgänge utanför hemmet. Hon känner tillit till en biståndshandläggare men hon har inte kontaktat henne trots att *Berta* är i behov av mer stöd. Hon känner till att det finns en anställd anhörigkonsulent men hon har inte tagit kontakt med henne. *Felicia* berättar att hon har väninnor men att hon inte hinner träffa dem. Hemtjänsthjälpen utnyttjar *Felicia* som städhjälp. Hon skulle vilja ha mer stöd men hon har inte heller kontaktat kommunen. *Gudrun* har många funderingar angående andra former av stöd men hon har inte heller ringt till kommunen och frågat vilka andra stödinsatser erbjuds. *Inga* hinner inte träffa sina väninnor som hon lärde känna i Spanien. Enligt Antonovsky (a.a., s.45) handlar hanterbarhet om att identifiera de resurser som man kan räkna med och som man litar på och använda de till sin egen fördel. Min tolkning är att *Gudruns*, *Ingas* och *Bertas* låga hanterbarhet kan bero på att de inte är nöjda med de stödinsatserna de har från kommunen och att de inte litar på att de kan få ett bättre stöd. *Felicias* låga hanterbarhet kan bero på att hon känner sig väldigt stressad.

9.3 Meningsfullhet

Min tolkning är att *Anna*, *Elsa* och *Susanne* som har både hög begriplighet och hanterbarhet och har också hög känsla av meningsfullhet. *Anna* har haft möjlighet till delaktighet och medbestämmande vad gäller anhörigstödet. ”Jag kunde ringa och säga vad jag behöver”,

uppges *Anna*. Hon drar sig inte för att konfronteras med utmaningar. *Anna* ringde och klagade när hon inte fick hjälp på en hel vecka. *Elsa* upplever att hon fick vara delaktig i planeringen av hemtjänstinsatserna. Hon är engagerad i många olika aktiviteter och har tagit kontakt med anhängkonsulenterna själva. *Susanne* deltar också i olika aktiviteter. Hon har också kontaktat anhängkonsulenterna själva. Just nu vill hon ansöka om ledsagning vid promenader för sin man för att "...då kan jag göra saker för mig själv." Min tolkning är att dessa kvinnors höga meningsfullhet kan bero på att de har fått tillräcklig information från Täby kommun och på det sättet har de fått möjlighet till delaktighet och medbestämmande. Enligt Antonovsky (a.a., s.45-46) uppstår meningsfullhet genom möjlighet till delaktighet och medbestämmande. Meningsfullhet medför i sin tur att de kvinnorna vill engagera sig och investera tid och energi även i den påfrestande situationen de befinner sig i. De flyr inte från problem utan konfronterar de dem och gör sitt bästa för att komma igenom den svåra situationen.

Berta, Felicia, Gudrun och *Inga* har enligt min åsikt både låg begriplighet och hanterbarhet. De har också låg meningsfullhet. Dessa fyra kvinnor har inte fått tillräcklig information om andra stödformer kommunen erbjuder vilket inte främjar delaktighet och medbestämmande, enligt min mening. Min tolkning är att de inte känner sig engagerade för att ta reda på vilka stödinsatser som erbjuds från Täby kommun. *Felicia* undrar om hon får mer hjälp för sin man om hon skulle vilja resa bort en helg. *Berta* berättar att avlösning via korttidsboende skulle kunna höja hennes livskvalitet men hon har inte tagit kontakt med kommunen. *Gudrun* efterfrågar ett alternativ till växelvården. Hon har inte heller tagit kontakt med Täby kommun. *Inga* berättar att hennes man inte trivs på dagverksamheten men att han trivdes på ett korttidsboende där han vistades för ett tag sedan när *Inga* själv var dålig och inte kunde ta hand om sin man. *Inga* har möjlighet att ringa kommunen och ta reda på om *Ingvar* kan få växelvård just på det boendet han trivdes så bra på. *Inga* uppges att hon är både stressad och trött och att hon gärna vill ha mer tid för egna aktiviteter.

10. Diskussion

Mitt syfte med studien har varit att belysa äldre anhängvårdarens upplevelser av kommunala stödinsatser samt deras uppfattning om vilken inverkan de stödinsatserna har på deras livskvalitet. Studien baseras på sju intervjuer med kvinnliga anhängvårdare som vårdar sin make hemma. Efter genomgång av intervjumaterialet och analysen med hjälp av Antonovskys teori om känsla av sammanhang (KASAM) har jag kommit fram till att de kvinnor som har en hög känsla av sammanhang upplever att stödinsatserna höjer deras livskvalitet. Min tolkning

av deras berättelser är att de också hanterar sin tillvaro på bättre sätt än de övriga kvinnorna. Fyra kvinnor har en låg känsla av sammanhang och känner inte att stödinsatserna har förbättrat deras livskvalitet. De fyra kvinnorna upplever sin tillvaro som kaotisk, stressig och ofattbar. Jag fann genom min analys att de anhörigvårdare som har en hög känsla av sammanhang har fått tillräcklig information om vilka stödinsatser Täby kommun erbjuder. Övriga kvinnor, som inte har fått tillräcklig information, har en låg känsla av sammanhang. Slutsatsen av denna studie är att information kan höja anhörigvårdares känsla av sammanhang och därmed förbättra deras livskvalitet. Enligt Jegermalm (2002, s.17) har tidigare forskning visat betydelsen av att ha information och rådgivning om olika möjligheter till stöd för anhörigvårdare. Forskning har också visat att det finns en brist på information som riktar sig direkt till anhörigvårdare, vilket medför att många anhörigvårdare som gör betydande omsorgsinsatser inte känner till vilket stöd de kan erhålla (a.a.). Enligt min åsikt måste anhörigvårdare känna till vilken hjälp de kan få för att överhuvudtaget kunna diskutera sina hjälpbehov. Ingen av informanterna har fått information från biståndshandläggarna om att det finns en anställd anhörigkonsulent i Täby kommun. Anhörigkonsulenten kan erbjuda en annan typ av stöd för anhörigvårdare som kan vara ett utmärkt komplement till biståndsbedömda insatser. Anhörigkonsulenten kan ge samtal, rådgivning och vägledning om hur anhörigvårdare ska gå vidare. De fyra informanterna som har en låg känsla av sammanhang verkar vara i behov just av rådgivning och vägledning om hur de ska gå vidare.

En annan slutsats av resultatet och analysen är att det även finns brist vad gäller uppsökande verksamhet i Täby kommun. Enligt en anhörigvårdare har anhörigkonsulenten haft svårt att få tag på anhöriga som vårdar sina närstående hemma. *Anna* berättar: "Det borde inte vara så himla svårt. Biståndshandläggarna borde ju veta vilka de är. Så borde man ju på det viset kunna slussa de över till Boel som hon skulle kunna ta kontakt med. Som hon gjorde med mig då." Enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 1998, s.23) är en grundläggande förutsättning för att kommunerna ska anpassa utbudet av anhörigstöd efter behov är att de känner till medborgarnas levnadsförhållanden. Genom uppsökande verksamhet kan kommunerna även fånga upp de anhöriga som är i behov av stöd men som kanske inte skulle söka hjälp på egen hand (a.a.). Enligt Sand (2002, s.189) ber äldre anhörigvårdare sällan om hjälp på grund av att de inte orkar anstränga sig för att söka hjälp som kräver både tid, kunskap och kraft för att klara det. Genom uppsökande verksamhet har kommunerna möjlighet att på ett tidigt stadium finna anhörigvårdare som är i behov av stöd och på så vis förebygga fysisk och psykisk utslitning (Jegermalm, 2002, s.17-18). I SoL 3 kap. 1 § anges bland annat att kommunen har en skyldighet att bedriva uppsökande verksamhet för att få

kännedom om invånarnas levnadsförhållanden och att informera invånare om socialtjänstens verksamhet (SFS 2001:453).

De äldre anhörigvårdarna utför mycket omfattande stödinsatser och har ett betydande ansvar för hjälp till äldre, långvarigt sjuka och funktionshindrade medborgare i vårt samhälle. Deras insatser har också en stor samhällsekonomisk betydelse eftersom de utför omfattande vård- och omsorgsinsatser till mycket begränsade ekonomiska kostnader för välfärdsstaten (Jeppsson Grassman, 2002, s.8). De äldre anhörigvårdarna är i en större utsträckning utsatt grupp i jämförelse med andra anhöriggrupper. De är påfallande oftare ensamma om sitt omsorgsansvar. De får själva sämre hälsa och upplever mer stress. De äldre anhörigvårdarna ger möjlighet för sina närstående att bo kvar hemma. En sammanfattande slutsats är att anhörigvårdare måste få hjälp från samhället för att kunna hjälpa.

Referenser

- Antonovsky, Aaron (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brülde, Bengt (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, Lena (2005). *Stöd till äldres anhöriga. Ett samspel mellan kommuner och frivilligorganisationer*. Falun: Dalarnas forskningsråd.
- Ds 2008:18 . *Stöd till anhöriga som vårdar och stödjer närstående*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Hansson Håkan, Jegermalm Magnus, Whitaker Anna (2002). *Att ge och ta emot hjälp. Anhöriginsatser för äldre och anhörigstöd – en kunskapsöversikt*. (Sköndalsinstitutets Arbetsrapportserie, nr 15). Stockholm: Ersta Sköndal högskola.
- Jahren Kristoffersen (2005). Hälsa och sjukdom. I Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt och Eli-Anne Skaug (Red.). *Grundläggande omvårdnad*. (pp. 28-77). Stockholm: Liber.
- Jegermalm Magnus, Whitaker Anna (2000). *Upptäckten av anhöriga? Kommuners och frivilliga organisationers stöd till äldres anhöriga i Stockholms län*. (Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie, nr 17). Stockholm: Ersta Sköndal högskola.
- Jegermalm, Magnus (2002). *Anhörigstöd – en uppföljningsstudie av kommuners och frivilliga organisationers stöd till äldres anhöriga*. (Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie, nr 25). Stockholm: Ersta Sköndal högskola.
- Jeppsson Grassman, Eva (2001). *Medmänniska och anhörig. En studie av informella hjälpinsatser*. (Sköndalsinstitutets skriftserie, nr 17). Stockholm: Sköndalsinstitutets forskningsavdelning.
- Jeppsson Grassman, Eva (2003). Anhöriginsatser och medborgarengagemang. Inriktning och profiler. I Jeppsson Grassman, Eva (Red.) *Anhörigskapets uttrycksformer* (pp.23-53). Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, Lennart (2001). *Anhörigstöd i teori och praktik*. (Rapport 12 Projekt Äldre och Folkhälsa. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Norström Carl, Thunved Anders (2007). *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar som de lyder den 1 januari 2007*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Orsholm, Ingrid (2001). *Anhörigskapets variationer. Åtta berättelser från hjälpgivare i olika miljöer*. (Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie, nr 19). Stockholm: Ersta Sköndal högskola.
- Patel Runa, Davidson Bo (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Sand, Ann-Britt M (2002). *Anhörigvård. Arbete, ansvar, kärlek, försörjning*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjöberg, Malena (2001). *Men hur mår du själv? Om stöd till dem som vårdar anhöriga*. Stockholm: Ersta Sköndal högskola.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlagen.
- Socialstyrelsen (1998). *Stöd till äldres anhöriga. En nationell kartläggning*. (Äldre Uppdraget 98:1). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002 a). *Anhörig 300 – Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002 b). *Kommunens stöd till anhörigvårdare – anhörigas erfarenheter och synpunkter*. [Elektronisk]. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A30E048F-11BA-49E9-95FE-A65DDD0D6C9D/1339/200212411.pdf>. [2009-03-15].
- Socialstyrelsen (2008). *Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2007*. [Elektronisk].

Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/AE9EEF0E-AD22-4BE9-B9AA-7ECCAE4C8626/10906/200813130.pdf>. [2009-03-15].
Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*.

Hemsidor:

www.anhoriga.se. Tillgänglig:
<http://www.anhoriga.se/sv/Om-anhorigstod/Olika-typer-av-anhorigstod/Enskilda-samtalstodsamtal/> [2009-03-22].
www.scb.se. Tillgänglig:
http://www2.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2000I02/BE0401_2000I02_PI_SV_2002_123.pdf
[2009-03-12]
www.taby.se. Tillgänglig:
<http://www.taby.se/templates/TswComplexPage.aspx?id=11908> [2009-03-21].

Informationsbrev och samtycke.

Bilaga 1

Hej!

Jag heter Dorota Mazurczuk och läser sista terminen på Ersta och Sköndal högskola, socionomprogrammet med inriktning mot äldre. Inom ramen för utbildningen kommer jag att genomföra en intervjustudie om anhörigvårdares upplevelser av kommunala stödinsatser. Jag kommer att intervjua tolv anhörigvårdare som vårdar sin partner hemma i Täby kommun.

Det är väl känt att de som vårdar anhöriga svarar för den största delen av äldreomsorgen. Anhörigvårdare gör ovärderliga insatser för att stödja och hjälpa den äldre närstående, vilket kommunen bör stödja. Min förväntning är att denna studie ska vara en hjälp för utveckling av de kommunala stödinsatserna.

Syftet med studien är att belysa anhörigvårdares, som vårdar sin partner hemma, upplevelser av kommunala stödinsatser. Jag vill också belysa anhörigvårdares uppfattning om vilken inverkan de kommunala stödinsatserna har på deras livskvalitet.

Studien kommer att genomföras i form av en intervju där jag kommer att ställa frågor kring Dina upplevelser av kommunala stödinsatser Du har samt Din uppfattning om vilken inverkan de stödinsatserna har på Din livskvalitet. Intervjun kommer att spelas in på bandspelare för att underlätta datainsamlingen. Intervjun beräknas att ta cirka 45 minuter. Efter intervjun kommer jag att skriva ut Din berättelse och sedan analysera innehållet. Intervjumaterialet behandlas konfidentiellt, dvs. att endast jag har tillgång till materialet. Banden kommer att raderas när uppsatsen är godkänt. Under genomförandet av studien kommer allt material, dvs. banden och den utskrivna intervjun, att förvaras i låst utrymme. I resultatet av studien kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Enbart kommunnamnet Täby kommer att nämnas.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan att ange skäl.

Undersökningen kommer att publiceras i form av en C-uppsats vid Ersta och Sköndal högskola.

Med vänliga hälsningar,

Dorota Mazurczuk

Telefonnummer: XXX

Mailadress: XXX

Min handledare är:

Bengt Börjeson

Ersta Sköndal högskola

Telefonnummer: 08/555 050 00

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i studien.

Datum:

.....

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Inledande frågor.

- Hur gammal är Du?
- Hur gammal är Din maka/make?
- Hur länge har Du varit anhängvårdare?
- Hur ofta brukar Du vårda Din maka/make? (någon gång i veckan, dagligen med inte på natten, ständigt både dag och natt)
- På vilket sätt hjälper Du Din maka/make? (t.ex. hjälp med personlig hygien, matlagning, matning, promenad, förflyttning, städ, tvätt m.m.)

Frågor kring de kommunala stödinsatserna anhängvårdaren har.

- Vilka kommunala stödinsatser har Du?
- Hur länge har Du haft de stödinsatserna?
- Från vems initiativ fick Du de stödinsatserna? (kontaktade Du själv Täby kommun eller var det Täby kommun som kontaktade Dig?)
- Har Du någon kännedom om vilka stödinsatser till anhängvårdare erbjuder Täby kommun? (Om ja, på vilket sätt har Du fått den information?)
- Fick Du det stöd och hjälp Du behövde?
- Har biståndshandläggaren/anhörigkonsulent frågar Dig om Dina villkor, möjligheter att vårda Din närstående innan Du fått stödinsatser?
- Fick Du vara delaktig vid planeringen och genomförandet av hjälpinsatser som vänder sig till Din närstående?

Frågor kring anhängvårdarens upplevelser och livskvalitet.

- Hur upplever Du de stödinsatser Du har idag från Täby kommun?
- Önskar Du mer stöd från Täby kommun?
- Önskar Du en annan form av stöd från Täby kommun? (Om ja, vilken annan form?)
- Hur tycker Du på det hela taget att Ditt liv är just nu?
- Vad innebär livskvalitet för Dig?
- Hur har de stödinsatserna påverkat Din livskvalitet?

Avrundning.

Tack så mycket för att Du valde att ställa upp på min intervju.

Kan jag kontakta Dig via telefon om något vid sammanställningen av intervjun blir oklart?

Finns det något annat Du skulle vilja tillägga innan vi avslutar?